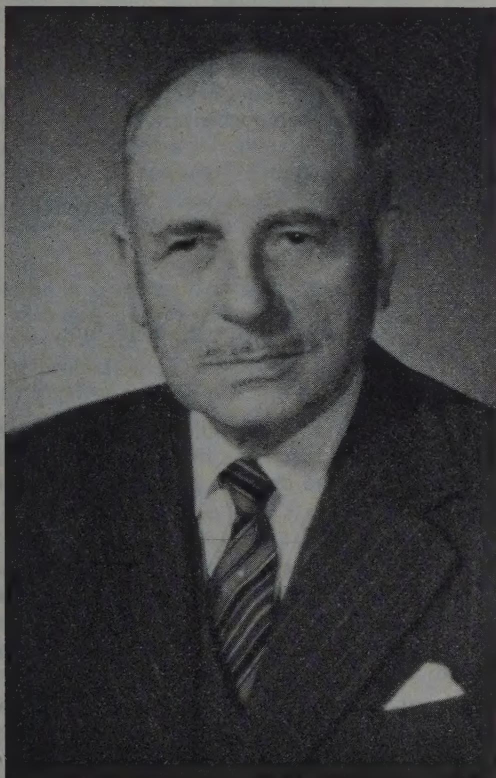
SAINT LUC MEDICAL

1968 N° 3

SOMMAIRE

in memoriam



Léon GOEDSEELS

docteur en médecine

fondateur de la Société Médicale Belge de Saint-Luc.

Le lundi 15 avril 1968, à 9 heures du matin, l'abbé André GOEDSEELS, curé de Laroche-Tangissart, nous annonçait que le 13 avril, en la Vigile de Pâques, notre cher et très regretté fondateur, le docteur Léon GOEDSEELS, était rentré dans la maison du Père.

La douloureuse nouvelle du décès de notre estimé fondateur nous a été droit au cœur.

Nous avons sur le champ transmis à son fils prêtre, ainsi qu'aux autres membres de sa belle et nombreuse famille, la part que nous prenions à leur grand deuil, ainsi que l'inoubliable et émouvant souvenir qu'il avait laissé parmi nous. Voici les termes de la lettre où nous avons voulu retracer son portrait.

Bruxelles, le 27 avril 1968.

Mon cher Curé et cher Ami,

En mémoire de votre cher et inoubliable père, permettez-moi d'accoler ces deux titres puisque, estimé curé de Laroche-Tangissart, vous êtes aussi le fils aîné de mon plus grand et fidèle ami, le docteur Léon GOEDSEELS.

Si la mort de cet ami très cher met en relief soudain toutes ses qualités de cœur et d'esprit, l'intensité de sa vie de chrétien, d'apôtre et de médecin, sa discrétion proverbiale a constamment marqué, sa vie durant, la grandeur des vertus foncières qui l'ont marqué tout entier.

Moi-même qui, au cours d'une collaboration journalière, ai côtoyé pendant une vingtaine d'années ce cœur d'or et cette intelligence d'élite, ce dévouement à toute épreuve, j'ai eu grande peine à déceler et à découvrir cet esprit merveilleux, tant étaient immenses sa pudeur, son humilité et cet art de cacher à chacun, même à ses plus proches collaborateurs, les fruits secrets de son âme évangélique.

Lorsque, voilà près de cinquante ans, nous nous sommes rencontrés, tantôt à la naissance de la Société Médicale Belge de Saint-Luc, tantôt comme médecins des magnifiques et humbles Clarisses Colettines, nous étions loin de nous douter, l'un et l'autre, qu'une amitié faite d'estime et de compréhension totales réciproques nous unirait durant plus d'un demi-siècle.

C'est au retour de ces visites attentives et charitables au Monastère de la rue des Capucins (actuellement transféré à Loonbeek) qu'il s'arrêtait volontiers à l'église de la Chapelle pour y prier pour ses patients et pour ses œuvres, et pour entendre la voix fervente d'une jeune catéchiste préparant à leur première communion les enfants de ce quartier populaire. Elle ne savait pas, la jeune et charmante fille du notaire CLAVAREAU, que derrière les piliers de l'église et à travers l'âme des enfants, elle atteignait, auditeur insoupçonné et ravi, le cœur de celui qui deviendrait un jour son époux et votre cher père.

Puisque, prêtre du Seigneur, vous êtes devenu pour eux, dans la suite, leur fils de prédilection, je m'imagine sans peine quelles actions de grâces doivent s'échapper à certaines heures de votre cœur et de vos lèvres, en songeant à cette splendide union de vos chers parents, préparant la belle famille de dix enfants, ce magnifique foyer qu'ils offriraient à Dieu.

Fondateur de la Société Médicale Belge de Saint-Luc, dont il avait conçu le principe durant ses années de stage à Paris, secrétaire général de la Société à la suite du docteur WARLOMONT, cette âme ardente, et précédant lui-même les docteurs THULLIEZ et KIVITS, secrétaires généraux d'une valeur à toute épreuve et d'un dévouement inexprimable, il a marqué d'une trace ineffaçable son passage créateur, lumineux et profond parmi nous.

Très estimé dans tous les milieux sociaux et scientifiques, il a exercé partout une influence considérable, mais depuis de longues années son travail acharné et son dévouement intense étaient mal servis par une santé déficiente et, notamment, des troubles circulatoires au niveau des yeux. Au fil des années et sous la contrainte des nécessités, il dut renoncer progressivement à ses activités professionnelles, quitter sa nombreuse clientèle et se retirer à Pessoux près de Ciney.

Devenu de plus en plus amblyope et enfin définitivement aveugle, son séjour dans le Condroz, rendu si pénible par son infirmité, a été, des années durant, pacifié et adouci par la présence de la chère et admirable Madame GOEDSEELS au caractère d'une aménité inégalable.

Mais les plus grandes épreuves attendaient encore ce vrai chrétien. En novembre 1966, il a perdu sa chère et dévouée épouse et est demeuré seul, aveugle, affligé d'une santé déplorable, lourde croix qui l'à conduit sûrement à la joie de l' " in paradisum " , en la vigile de Pâques 1968.

L'un des nôtres, actuel rédacteur en chef du Saint-Luc Médical dont le docteur GOEDSEELS, suivi du cher docteur DE GUCHTENEERE, fut le fondateur, a écrit, il y a deux ou trois ans ces lignes qui s'appliquent si bien à votre cher père :

" Des problèmes personnels, il n'en est qu'un
" dont la solution les résoud tous :
" **sortir de soi-même et se donner aux autres.**
" Les autres, sa femme, ses enfants, ses amis, ses malades,
" ceux qui souffrent la faim, l'ignorance, l'injustice,
" ceux qui cherchent le bonheur, la joie,
" ceux qui cherchent Dieu sans le savoir.

" Une seule chose importe :
" c'est d'ouvrir les yeux, de regarder et de voir ;
" c'est d'ouvrir les oreilles, d'écouter et d'entendre ;
" c'est d'ouvrir les bras largement à un chacun et au monde entier,
" comme le Christ, jusqu'à la crampe.

Voilà tout le portrait de votre cher Père, tracé par celui qui est un de ses meilleurs et de ses plus purs continuateurs.
Je m'unis affectueusement à vous, cher Curé et Ami, ainsi qu'à tous vos frères et sœurs, dans le souvenir de vos très chers et admirables parents.

Docteur Maurice WIBO
cofondateur de Saint-Luc.

Tangissart, le 14 mai.

Cher docteur WIBO,

Je sais toute l'amitié qui vous unissait à mon père. Je vous suis reconnaissant d'en apporter encore le témoignage aujourd'hui.
Ces heures sont pénibles, certes. Mais nous savons que ses souffrances sont finies et qu'il possède aujourd'hui, réuni à ma mère, la joie qui n'a pas de fin, la joie parfaite.

Dans notre peine, nous ne pouvons que remercier Dieu de nous avoir donné de tels parents, de nous avoir fait vivre dans un foyer si profondément uni. Il suffit de regarder autour de soi pour se rendre compte que nous avons eu une chance inouïe.

Vous remerciant encore, cher docteur WIBO, de toute l'affection que vous nous témoignez, je vous prie de croire en mon entier dévouement.

André GOEDSEELS.

éditorial

par le docteur R. DAMBRAIN, de Bruxelles,
secrétaire de l'Association des Sociétés de Saint-Luc.

La Société Médicale de Saint-Luc a inscrit dans son programme à partir de cette année l'information des étudiants en médecine de Louvain, concernant les divers domaines qui couvrent l'organisation de la Médecine. Cette initiative répond, nous le supposons, au besoin que devraient éprouver des universitaires décidément orientés vers une profession sociale et par conséquent influencée par l'Economie et la Politique.

Les trois premières conférences ont été suivies par environ 75 personnes dont près d'une dizaine déjà médecins et un cinquième d'étudiants. Ceci représente, grosso modo, entre 10 et 15 % de la population des doctorats en médecine. Il est intéressant de rappeler qu'un pourcentage égal des étudiants de l'U. L. B. participe à des activités organisées dans un but d'information politique et sociale.

Nous ne devons donc pas nous étonner de l'**indifférence de la masse des étudiants** de Louvain **se consacrant exclusivement aux études et aux dérivatifs** (sports, manifestations culturelles, etc...) et qui se considère incapable d'assumer des responsabilités. **Ceci s'explique par la dépendance financière de la famille et par l'inexistence de cours obligatoires d'initiation à la sociologie et à l'économie politique.** Dans le milieu si enrichissant de l'Université, la plupart des étudiants restent prisonniers de l'activité étroite de leur formation professionnelle et ignorent leurs relations avec la Société pour laquelle ils se préparent. Ils sont comme des marins à la dérive en haute mer et perdent de vue qu'il faudra bien un jour débarquer quelque part.

Cette désorientation peut parfois être dramatique lorsque la terre est en vue. Comment accoster ? On se décourage de préciser les coordonnées et on emprunte un chemin quelconque le long duquel, pense-t-on, il y aurait des ennemis. Devenus médecins, ces indifférents restent imperméables aux problèmes que d'autres résoudront.

Les autres sont des hommes préparés par leurs études juridiques ou sociales et économiques à mettre de l'ordre parmi les individualistes invétérés que sont les médecins. Les autres pensent, puis rationalisent et enfin dominent.

Lorsqu'approche le stade de l'hégémonie, les futurs dominés après un bref frisson suscité par leurs pairs clairvoyants continuent leur vie tranquille et se détournent de la minorité consciente.

Nous voulons donner l'occasion à celle-ci de s'exprimer devant les étudiants et nous demandons à d'autres d'exposer leur position. N'est-il pas justifié d'espérer une meilleure communication entre les hommes qui s'occupent de la médecine du dedans et du dehors ?

Malgré quelques craintes exprimées par des membres de notre association, nous ne pouvons pas ne pas inviter des dirigeants du syndicalisme médical. Né spontanément comme le syndicalisme ouvrier, pour se prémunir contre les mécanismes économiques, le syndicalisme médical présente un aspect révolutionnaire puisqu'il canalise le mouvement de désapprobation contre la mainmise de notre profession par les programmateurs de la Société.

Le statut de ces dirigeants est évidemment précaire puisque leur but est de **tirer la masse indifférente des médecins de la routine technique** et de l'abrutissement auxquels les mène leur profession.
La rivalité aggrave cette précarité et effrite momentanément les forces au combat dont la position est faite d'ambiguïté : opposition ou intégration.

Notre souci d'informer nous protège de toute polémique en sollicitant des dirigeants qui se sont dévoués à la défense professionnelle selon des points de vue différents.

Le docteur ACHSLOGH de Bruxelles a exposé les causes de la situation médicale belge et le docteur JOUS de Liège a insisté sur les conditions indispensables pour conserver la maîtrise de notre art. De son côté, Monsieur HALLET, représentant des mutuelles chrétiennes, a montré combien la rationalisation des dépenses pour la santé est nécessaire dans le contexte économique.

Nous espérons soumettre à votre attention les trois conférences, dont vous lirez ci-après les deux premières.

R. DAMBRAIN.

l'évolution du problème médical en Belgique et son aboutissement syndical.

par le docteur ACHSLOGH, de Bruxelles.

préambule

Peu de problèmes ont fait l'objet, ces dernières années, d'autant d'études que celui de la pratique médicale et de son évolution. Cependant, la plupart de ces mises au point sont dues à des sociologues, des économistes, des politiciens de toutes tendances politiques, sociales et philosophiques ; elles ont donc toutes une orientation de départ, et visent à démontrer des thèses plus ou moins tendancieuses. Mais même s'il s'agissait de sociologues, d'économistes et de politiciens idéaux, leurs études seraient incomplètes ; en effet, les raisons profondes des modifications de la pratique médicale, et l'essence même de notre vie professionnelle leur échappent : ils ne font et ne feront jamais partie de cette profession si différente de toutes les autres.

Il est étrange de constater que les médecins eux-mêmes ne se sont que rarement penchés sur le problème dans le passé, et pourtant, au stade actuel de la législation, et après les bouleversements récents, ce sera au corps médical lui-même que reviendra la mission de rénover et de réorganiser la profession, l'adaptant à l'évolution sociale.

Afin de bien nous pénétrer de l'importance de la tâche qui nous attend, il nous faut étudier l'évolution de la situation médicale depuis la fin de la première guerre et sa dégradation progressive, comme un clinicien étudie une maladie. Nous avons à le faire sans passion et sans à priori, nous gardant, lorsque nous parlons de notre profession, d'un masochisme déplacé autant que d'un sentimentalisme attendri.

Comme il y a maladie et que nous sommes médecins, nous examinerons objectivement l'histoire de l'affection, sa symptomatologie actuelle, les possibilités thérapeutiques ainsi que le pronostic d'avenir.

la dégradation de la médecine

Nous savons tous qu'il faut être extrêmement précis dans l'histoire de l'affection : des faits minimes sont parfois riches de conséquences, et certaines petites faiblesses passées expliquent de grandes faillites actuelles.

Si nous avions le goût de l'imagerie populaire, nous dirions que la dégradation de la médecine a débuté lorsque le médecin a abandonné le gibus et la jaquette.

Il s'agissait là en effet du premier pas vers la " **démythification du médecin** " : la perte progressive du caractère particulier de la pratique de la médecine allant de pair avec l'abandon d'une partie de plus en plus importante des obligations qui faisaient l'honneur de la profession, tout en tentant de garder le maximum de prérogatives.

Et il s'agit bien en fait d'une dégradation, dégradation favorisée par trois types de facteurs. Le premier résulte du **comportement du médecin** lui-même, le deuxième est secondaire à l'**évolution sociale et démographique générale**, le troisième est lié à l'**évolution scientifique de la médecine et à ses répercussions économiques.**

1. LE COMPORTEMENT DU MEDECIN.

Je vous paraîtrai vraisemblablement très sévère en étudiant les premiers facteurs, ceux qui découlent de notre propre comportement.
Je crois cette sévérité indispensable, car si nous ne l'acceptons pas, les autres nous l'infligent.

Reconnaissons que le médecin n'a pas été le dernier à vouloir profiter des avantages de la vie sociale moderne ; **il a lui aussi relâché progressivement sa discipline professionnelle ;** mais ce qui est acceptable pour les autres ne l'est pas pour nous, en raison du caractère humain de notre activité.

Comme tout le monde, le médecin s'est laissé aller à **insister plus sur ses privilèges que sur ses devoirs** ; cette tendance à négliger

quelque peu nos devoirs a induit un projet de loi qui a fait grand bruit et qui insiste lourdement et pénalement sur les devoirs du médecin.

Par ailleurs, alors que **précédemment le médecin tentait d'être le maître de ses outils de travail :** clinique, instrumentation et appareillage de toutes espèces, **on voit progressivement cette tendance diminuer.** Contrairement à l'industriel qui réinvestit dans ses affaires, le médecin place ses bénéfices dans des buildings, des cinémas ou des stations-service. **Pis, il abandonne les responsabilités des institutions de soins à un cadre administratif ;** petit à petit, ce cadre lui échappe, le domine et lui fait souvent accepter des contrats de travail le rabaissant au niveau d'un ouvrier qualifié universitaire.
Enfin, et c'est peut-être la faute majeure du corps médical, nous sommes pratiquement restés **sans réactions devant la politisation de l'Assurance Maladie-Invalidité ;** la conséquence en a été la politisation progressive de tout le problème médical, conséquence que nous payons cher actuellement.

2. L'EVOLUTION SOCIALE ET DEMOGRAPHIQUE.

Le deuxième type de facteurs qui a agi sur la dégradation de la médecine découle de l'évolution sociale et démographique.

Par manque d'esprit d'organisation, le corps médical n'a pas bénéficié de cette évolution sociale et démographique.

Grâce à cette évolution, **le nombre de médecins a sensiblement augmenté,** ce qui a amené une décentralisation de la pratique médicale, qui précédemment n'étalait un éventail complet que dans certains grands centres. Malheureusement, cette **décentralisation** ne s'est **pas faite de façon harmonieuse,** et a plutôt amené une **rivalité,** entre les centres d'abord, entre chacun des centres et leurs alentours géographiques ensuite. Et on a notamment vu se créer ainsi une opposition indéniable entre le corps médical du Brabant, possédant deux Universités et quatre Facultés, et celui du reste du pays. Cette rivalité déjà ancienne explique en partie la division actuelle du corps médical.

Le nombre croissant de médecins, leurs origines parfois modestes, le manque de compréhension des aînés, ont rendu les **débuts dans la profession de plus en plus difficiles.** Dès lors, certains jeunes médecins se sont quelquefois trouvés dans l'obligation d'accepter des compromis peu compatibles avec la dignité médicale.

Quant à **l'avènement de l'Assurance Maladie-Invalidité,** il **a fondamentalement modifié les rapports entre le médecin et le malade.** Avant, le médecin se faisant honorer par sa clientèle aisée, il en était respecté en raison même de la notion d'honoraires. Quant à la pratique gratuite vis-à-vis de la clientèle pauvre, ce que nos adversaires appellent " paternalisme médical ", et que nous considérions comme notre devoir de médecin, elle aussi induisit le respect.

Malheureusement, une grosse partie du corps médical a calqué tous ses honoraires sur le remboursement de la mutuelle ; **la médecine a été** ainsi **tarifée** et le terme " honoraires " a pris un sens quasi allégorique, tendance encore aggravée par la pratique de plus en plus étendue du tiers payant.

Ceci a induit en partie la **multiplication des actes médicaux.** Dans certaines disciplines, pour faciliter cette multiplication, le corps médical a créé et formé des **" para-médicaux ",** ces para-médicaux qui nous ont donné tant de mal dans les dernières négociations.

3. L'EVOLUTION SCIENTIFIQUE ET ECONOMIQUE.

Le troisième facteur qui a influencé la pratique médicale est l'évolution scientifique. La complexité de la médecine actuelle et les techniques modernes nécessitent des **appareillages coûteux ;** dès lors, le **" capital-médecins "** devient, aux yeux des gestionnaires, pratiquement **insignifiant par rapport au " capital-instruments ".**

Dans cette médecine hautement scientifique, le médecin fait de plus en plus figure d'**ouvrier qualifié universitaire.** Au niveau du malade, cette perte d'influence du médecin se manifeste par une **déshumanisation progressive de la médecine.**

Devant cette évolution à la fois individuelle, sociale et scientifique, qui a si profondément et si rapidement modifié la pratique de notre profession, le médecin est resté **l'INDIVIDUALISTE,** centré sur son problème personnel, négligeant toute organisation rationnelle de défense professionnelle. Mieux, plongé dans son activité quotidienne, il va jusqu'à considérer avec un certain mépris ses confrères qui tentent, avec des moyens terriblement limités, une ébauche de défense professionnelle ; il compte, de façon purement sentimentale, sur l'Ordre des Médecins qui, en raison même de ses attributions, n'y est en rien habilité.

les symptômes actuels

A ce moment de l'évolution de la maladie médicale, les symptômes sont principalement une **perte croissante du prestige médical,** à la fois vis-à-vis de la population, des organismes assureurs, des employeurs du corps médical, des politiciens et des dirigeants du pays. En outre, la politisation de l'Assurance Maladie-Invalidité par les mutuelles atteint le corps médical tout entier, allant jusqu'à la **création d'une médecine de gauche et d'une médecine de droite.** Les institutions de soins de toutes tendances font de plus en plus figure d'**employeurs dictatoriaux ;** leurs exigences vont parfois à l'encontre même de certains principes de dignité professionnelle, ce qui ne suffit malheureusement pas toujours à déclencher la réaction qu'on aurait pu attendre du corps médical. Enfin, il se crée, parmi les médecins, une **impression d'insécurité,** voire d'angoisse, à la vue de l'exemple des pays voisins ; de plus en plus, ils perdent la foi en leur rôle et l'enthousiasme en l'exercice de leur profession.

En fait, **il n'existe plus à ce moment de vraie liberté médicale ;** le médecin est devenu un praticien exerçant sa profession dans une pseudo-liberté.

Devant cette situation catastrophique, les politiciens ont cru pouvoir faire passer **LA LOI LEBURTON,** espérant ainsi porter l'estocade terminale à notre profession, nous mettant à leur merci à la fois au point de vue économique et au point de vue des principes de base de notre profession.

les mesures thérapeutiques

Et c'est au moment de cette agression que se place la **naissance des Chambres Syndicales,** qui est en fait la première tentative thérapeutique énergique pour sauver la situation médicale.

Cette réaction a trouvé ses meilleurs agents parmi les médecins en pleine activité professionnelle, ceux qui jusqu'à ce moment se consacraient exclusivement à leur activité médicale ; il a fallu cette énorme menace pesant sur les fondements même de la profession pour qu'ils réagissent enfin. Et la raison du succès est qu'ils l'ont fait avec cette même énergie qu'ils mettaient à exercer, avec l'enthousiasme du néophyte et avec la forme physique de l'homme jeune.

Grâce à l'effort d'un petit nombre, cette réaction a réussi à orchestrer une opposition globale ; **malheureusement,** cette unanimité n'était monolithique que dans son aspect de destruction de la LOI

LEBURTON. La **division** a été aggravée par le succès de la grève de 1964 ; il est apparu à ce moment aux yeux de tous, médecins, public et politiciens, que la partie se jouait dans le Brabant, et spécialement à Bruxelles, le reste du pays donnant l'impression d'être entraîné par la situation. Ceci a aggravé la traditionnelle **opposition entre le Brabant et le reste du pays,** et a pesé lourdement dans la division des Chambres Syndicales.

Parallèlement à cette division quasi géographique, une autre se fait jour. **Une partie des opposants à la LOI LEBURTON a comme objectif unique la destruction de cette loi et, par là, le retour à la situation antérieure. L'autre tendance,** plus idéaliste et choisissant la voie de la difficulté, **estime que la destruction de la LOI LEBURTON ne constitue qu'une étape** de la lutte à entreprendre. **Il faut recréer une médecine digne et un corps médical respecté :** remplacer la pseudo-liberté auto-anarchisée par une liberté vraie, auto-harmonisée. A cet effet, il est tout d'abord indispensable de définir une doctrine médicale valable. Ce sera à la lumière de cette doctrine, et en s'y référant, que seront envisagés les divers problèmes de la pratique médicale.

une doctrine médicale valable

Au départ, la doctrine a fait choix de la forme médicale **respectant dans sa totalité l'individu et sa liberté, à la fois dans le chef du malade et dans celui du médecin,** et a rejeté toute forme d'assujettissement de type étatique. Cette médecine libre est pratiquée selon les principes hippocratiques stricts et **dans le respect de la déontologie médicale,** impliquant notamment la liberté thérapeutique et le respect du secret professionnel.

Cette notion de " médecine libre " n'est pas un privilège, mais bien un devoir absolu : le médecin doit assumer la responsabilité complète de tout malade qui se confie à lui, et assurer la continuité des soins.

Cette notion de médecine libre doit exister quelle que soit la façon dont le médecin est honoré : médecine à honoraires libres, médecine à honoraires engagés et médecine à paiement forfaitaire, celle-ci n'étant concevable que comme la redistribution d'un pool d'honoraires dans le cadre d'une institution de soins, et selon un niveau de rétribution établi par les membres de l'équipe médicale.

Ainsi, doctrinalement, **les trois formes de rémunération** étaient **acceptées.** Enfin, dans le but d'éviter, à la fois la surconsommation et la concurrence déloyale, le **principe d'un ticket modérateur pour**

toutes les prestations non techniques est défendu. Toujours du point de vue doctrinal, nous tentions de reprendre nos responsabilités dans les institutions de soins en créant les Conseils Médicaux et en exigeant que les honoraires médicaux soient entièrement l'apanage du corps médical.

Il est évident que l'ensemble des desiderata d'ordre doctrinal exigé ne pouvait être atteint en une seule négociation, en particulier celle ayant trait à la LOI LEBURTON, mais devait être obtenu au cours de toutes les négociations qui allaient immanquablement faire suite à la prise de position du corps médical.

résultats de la négociation

La négociation de la LOI LEBURTON a cependant abouti à trois résultats positifs excellents :

1. — **Les principes de base de notre profession sont totalement respectés.**
2. — **Le volet économique de notre profession s'améliore,** avec possibilité d'évolution ultérieure.
3. — **Nous mettons en place des structures permanentes de défense :** la Commission Médico-Mutuelliste et le Comité Technique Médical, celui-ci uniquement formé de médecins.

Très rapidement, ces structures définitives nous ont permis d'améliorer les résultats de la négociation : ce fut notamment le cas pour la médecine forfaitaire, actuellement complètement éliminée dans son aspect " leburtonien ". Sur le plan économique, la situation est pratiquement stabilisée à notre avantage ; elle peut d'ailleurs encore évoluer plus favorablement grâce au Comité Technique Médical et à la Commission Médico-Mutuelliste.

nouveaux problèmes

La situation étant consolidée sur ces points, il nous a paru urgent de diriger toute notre énergie vers les nouveaux problèmes, qui s'annoncent multiples.

En effet, après l'échec de la tentative de mainmise de l'Etat, via la LOI LEBURTON, nos adversaires mirent en chantier une série de manœuvres visant à contourner la résistance.

Il y eut d'abord une **manœuvre pseudo-étatique** dirigée vers l'O.N.E., la médecine préventive, la médecine scolaire, la médecine du travail, etc...... Dans ces domaines, il faut rester vigilants et tenter de défendre au maximum les confrères déjà engagés depuis plusieurs années dans ce type de médecine.

Quant au problème des institutions de soins, il représente un souci majeur ; il est en effet urgent de **supprimer l'assujettissement du corps médical au cadre administratif,** et de protéger le médecin qui souvent y pratique dans des conditions incompatibles avec sa valeur professionnelle et sa dignité humaine. Mais ici aussi, la lutte est difficile, et il nous faut compenser bien des années d'imprévoyance et de laisser-aller.

Dans ce domaine-là également, la négociation a un volet économique extrêmement difficile à résoudre, le niveau trop bas de la journée d'entretien prévu par l'A.M.I. ne mettant pas le médecin à l'abri de **certaines ponctions d'honoraires,** avec l'assujettissement que cette notion entraîne.

Mais sur ce fond d'activité chronique, qui laisse loin de lui les vaines luttes inter-syndicales, vient de se déclencher une nouvelle attaque de grande envergure, dirigée contre les principes mêmes de notre profession : **LES LOIS HULPIAU.**

Et bien sûr, selon le schéma devenu classique, nouvelle opposition au sein des Chambres Syndicales : l'une des tendances se contenterait de la suppression pure et simple de toutes les LOIS HULPIAU ; les défenseurs de l'autre tendance, considérant que tout n'est pas pour le mieux dans le meilleur des mondes possibles, estiment qu'il faut profiter de l'opposition politique actuelle, relativement plus favorable au problème médical, pour régler les points encore en litige.

La manœuvre est évidemment difficile, car **le pays étant à ce moment régi par Pouvoirs Spéciaux, il ne s'agissait en aucune façon d'une négociation** du type de celle qui avait eu lieu pour la LOI LEBURTON, et qui s'est terminée par un Traité Médico-Gouvernemental ; **cette fois, il fallait agir de telle sorte que le corps médical persuade les pouvoirs publics, au cours de négociations moins officielles,** de prendre des mesures favorables à l'optique médicale du problème.

Certains points, particulièrement délicats, devaient être résolus rapidement, car discutés en dehors des Pouvoirs Spéciaux et dans le cadre du Parlement, ils risquaient d'être résolus de façon beaucoup moins favorable pour le corps médical.

Par l'intermédiaire des divers arrêtés actuellement publiés, **tous ces points sont résolus de façon strictement conforme à notre position doctrinale** et, chemin faisant, d'autres dispositions favorables à nos thèses sont actuellement entrées dans le cadre de la législation :

1. — **La pratique médicale est définie de façon stricte ;** l'exercice illégal est puni de peines allant jusqu'à 6 mois de prison.
2. — **La Commission Nationale Paritaire Médico-Hospitalière est créée.** Il s'agit d'un organisme de défense indispensable du médecin vis-à-vis des institutions hospitalières. La prise de conscience du corps médical entraînera immanquablement des oppositions avec les cadres administratifs, quels qu'ils soient, et il fallait dès lors un organisme supérieur, où le corps médical puisse traiter d'égal à égal et dans le respect de sa dignité, avec ces cadres administratifs.
3. — **Les auxiliaires médicaux, dits " para-médicaux ", sont sous la tutelle du corps médical ;** leur formation, leur compétence, les modalités d'exercice de leurs activités sont soumis à l'avis conforme des Académies.
4. — **Le droit de grève est respecté, à la condition bien entendu qu'un système de garde soit établi,** et aucun médecin digne de ce nom ne pourrait envisager la grève sans garde. Cette **garde** est **du type de celle des week-ends ;** elle est établie par les organisations professionnelles ; son exécution est surveillée par les cinq membres-médecins de la Commission Médicale Provinciale. En cas de carence totale, la même Commission Nationale Provinciale discute avec le Gouvernement des besoins réels et des réquisitions individuelles nécessaires ; celles-ci doivent nécessairement se faire dans le cadre correspondant au schéma des gardes de week-ends.

Une certaine propagande a donné le vocable de " loi anti-grève " aux arrêtés royaux récents. Il importe selon nous d'exposer clairement notre position vis-à-vis de la grève médicale en général, surtout à la lumière des événements récents.
La grève médicale est une action extrêmement grave, en raison même du fait que la Société nous a donné l'exclusivité des soins, et que dès lors, nous avons des responsabilités humaines extrêmement importantes vis-à-vis de cette Société.
La grève médicale est non seulement grave, mais elle est aussi **très dangereuse pour le corps médical lui-même :** si pendant cette grève survenait une quelconque catastrophe nationale, même si tous nos mécanismes de sécurité fonctionnent, les victimes de cette catastrophe nationale resteront, dans l'opinion publique, sur la conscience du corps médical, et ce définitivement.
La grève médicale est non seulement grave et dangereuse, mais elle est **contraire à notre éthique professionnelle,** et dès

lors, elle ne peut être envisagée que lorsque, comme en 1964, les principes de base de notre profession sont mis en jeu et que notre éthique professionnelle elle-même est attaquée. Encore faut-il que, même alors, elle n'entraîne pas de danger vital pour la population ; une grève sans gardes efficaces est impensable pour tout médecin digne de ce nom.

5. — Il y a une **affirmation absolue, légale, du droit de propriété des médecins sur les honoraires.** Le mode de rémunération doit respecter les règles de la déontologie. Ce qu'on a appelé la " dichotomie de la soupe " est interdit, et toute convention qui la prévoit réputée non écrite.

6. — Enfin, **pour toutes les obligations morales :** continuité des soins, transmission des documents, activités de garde, **seuls les organismes médicaux sont compétents ;** elles sont d'ordre déontologique.

7. — **Le Conseil Supérieur de l'Ordre,** composé de 10 médecins élus par chacun des ordres provinciaux, et de 6 professseurs désignés par chacune des facultés, **élabore en toute indépendance le code de déontologie** qui sert de référence aux jugements des Conseils Provinciaux, même avant qu'il soit rendu obligatoire par le Roi.

Il est bien certains que les ordres provinciaux perdent une partie de leurs prérogatives, en ce sens qu'ils rendront dorénavant leurs jugements en fonction d'un code de déontologie **unique et national,** exactement comme les juges des tribunaux rendent leurs jugements en fonction d'un Code Pénal unique et national. Et il est assez étrange que ce soient justement certains magistrats des ordres provinciaux qui aient été heurtés par cette disposition !

Cette uniformisation de la déontologie médicale paraît nécessaire, surtout à la lumière du comportement de certains ordres provinciaux au cours de ces dernières années.

Enfin, on ne peut s'empêcher de trouver un peu pénible l'attitude de certains ordres provinciaux, qui se plaignent de la diminution de leurs prérogatives, alors que maintenant peut-être, libérés de certaines tâches, ils auront enfin la possibilité d'œuvrer avec énergie et enthousiasme dans une voie beaucoup plus profitable au corps médical, et à la rénovation de sa dignité.

Car on peut espérer, et nous sommes parmi ceux qui forment ce vœu, qu'à côté de cette justice répressive, dans laquelle les ordres des médecins se sont souvent cristallisés, naisse enfin une **prévention de la faute médicale,** où les ordres pourraient agir dans un esprit de sauvetage, en mettant en garde plus qu'en punissant.

résumé des résultats acquis

Ainsi, par l'intermédiaire de la législation actuelle sur l'Assurance Maladie-Invalidité, nous avons pu freiner la dégradation économique de notre profession, et mettre en place des structures de défense purement syndicales dans ce domaine.

Par d'innombrables négociations, souvent peu spectaculaires, nous tentons de freiner la tendance étatique pointant sous les notions d'inspection médicale scolaire, médecine préventive, médecine du travail, etc......

Nous négocions également une amélioration des conditions de travail dans les institutions de soins de toutes tendances, grâce à l'instauration des Conseils Médicaux dans chaque institution de soins, et aussi grâce à la création plus récente de la Commission Paritaire Médico-Hospitalière.

Enfin, grâce à l'aboutissement favorable des lois dites HULPIAU, nous obtenons des garanties suffisantes en ce qui concerne le problème de la protection du titre de Docteur en Médecine, le problème de la mise à leur place réelle de para-médicaux, la reconnaissance, légale cette fois, de la liberté thérapeutique, le rejet dans le cadre de la déontologie de toutes les notions principielles de notre profession, l'organisation plus rationnelle de l'Ordre des Médecins, et la création d'un code de déontologie fait par les médecins, pour les médecins.

Le corps médical a donc maintenant la possibilité d'agir dans le problème de la sauvegarde des principes mêmes de la profession médicale, étant bien entendu que c'est **l'Académie** qui **statue sur l'aspect scientifique,** et **l'Ordre des Médecins sur l'aspect déontologique.** Nous sommes bien décidés à faire bloc avec nos académies et nos ordres pour cette défense, et ils peuvent compter sur l'appui et la collaboration complète des Chambres Syndicales.

Grâce à la lutte menée jusqu'à présent, notre profession est protégée dans son aspect économique et dans sa dignité, et nous avons maintenant la **possibilité,** contrairement à ce qui se passait précédemment, **de retrouver une vraie liberté médicale,** dont l'harmonisation des divers aspects dépend du corps médical lui-même ; cette liberté s'inscrit dans le cadre d'une **meilleure compréhension du rôle social de notre profession,** qui se doit de suivre à la fois l'évolution sociale et l'évolution scientifique.

autres problèmes à résoudre

Reste le problème, particulièrement angoissant, qui se fait jour actuellement, **de l'omnivalence des diplômes en Europe.** Il nous a fallu, pour pouvoir intervenir, entrer dans le cadre international et, après de longues et délicates démarches, nous avons obtenu pour la Belgique la Présidence et le Secrétariat Général de l'Organisation Européenne Médicale. Sur ce front-là également, nous sommes donc armés pour protéger le corps médical belge.

Notons encore que de nombreux problèmes se profilent à l'horizon. L'un d'eux intéresse beaucoup les praticiens : il s'agit du **problème fiscal.** Jamais les Chambres Syndicales n'ont voulu protéger la fraude fiscale. Nous considérons que, dans ce domaine, un effort de rénovation professionnelle est également nécessaire ; que là aussi, nous avons à payer certaines fautes passées, mais que nous avons par ailleurs le devoir d'obtenir, pour le corps médical, une fiscalité plus honnête que celle qui existe actuellement et qui, dans une certaine mesure, tient compte d'une fraude en voie de disparition. Des négociations sont en cours ; elles viennent de prendre un nouveau départ, fort prometteur.

Enfin, dans les problèmes qui restent à l'heure actuelle en suspens, la législation sur la **protection du titre de spécialiste** et les **critères de spécialisation** seront certes l'objet de négociations délicates et difficiles.

Il est indubitable que ce domaine intéresse du premier chef, étant donné qu'il s'agit de la formation scientifique, les académies et les universités. Il ne faut cependant pas perdre de vue que des décisions d'ordre purement scientifique prises par les autorités universitaires peuvent avoir, et ont le plus souvent, une grosse interférence sur la pratique médicale quotidienne, et que dès lors, il s'agit d'un domaine où les Chambres Syndicales peuvent avoir des positions à défendre. **Il paraît logique à tous que la formation scientifique des futurs spécialistes soit l'apanage exclusif des Universités. Mais il peut paraître souhaitable que ce cadre purement universitaire soit élargi en ce qui concerne la formation pratique des spécialistes.**

Plusieurs éléments plaident en faveur de cette expansion :

1. — La formation exclusivement universitaire risque d'introduire un numerus clausus dans la formation des spécialistes, en fonction des possibilités d'absorption des universités, ne tenant pas nécessairement compte des besoins médicaux de la population.

2. — Il peut être profitable, pour le futur spécialiste, de bénéficier, en dehors du cadre purement universitaire, de l'expérience acquise par ses aînés, de même qu'il serait profitable pour lui de prendre contact avec une forme de pratique médicale qui souvent a une optique différente de l'optique purement universitaire.
Ceci aurait l'avantage de faciliter les débuts dans la vie du spécialiste praticien, déjà fortement retardés en raison de la longueur des études de spécialisation.

pronostic d'avenir

Et maintenant, où allons-nous ?
Et comment allons-nous pouvoir transformer la pseudo-liberté auto-anarchisée en une liberté vraie, auto-harmonisée ?

Après plusieurs années de négociations, nous avons pu obtenir un ensemble législatif qui nous permettra de revaloriser enfin moralement la médecine en général, et le médecin en particulier, des perspectives d'organisation dans les institutions de soins, qui permettront au médecin d'assurer son vrai rôle, et non celui d'un employé subalterne, et enfin une préservation des principes de base de notre profession, et un Ordre des Médecins puissant, s'appuyant sur un code de déontologie enfin créé.

De plus, les évènements médicaux récents qui se sont déroulés dans une partie du pays ont démontré à tous, médecins et non-médecins, que notre attitude était la plus profitable pour le corps médical, et la plus en rapport avec notre éthique professionnelle. Dès lors, tout est prêt pour une réunification syndicale, en ouvrant nos rangs à tous ceux qui voient enfin clair.

Car la lutte ne fait que commencer.
Plus que jamais, nous aurons besoin de Chambres Syndicales puissantes, dans lesquelles la minorité, jugeant sans passion, s'incline devant la majorité, selon les règles démocratiques. Il faut que les médecins comprennent que les Chambres Syndicales doivent être largement pourvues financièrement par des cotisations payées avec l'enthousiasme qu'on doit mettre à rénover sa profession ; car il faut qu'un certain nombre de praticiens continue à insuffler une énergie farouche au mouvement syndical, **tout en restant de vrais praticiens** au courant de tous les problèmes de pratique médicale. Pour réussir, ces représentants de notre profession acceptent de sacrifier leurs loisirs, mais il faut aussi qu'ils puissent compter sur toutes les faci-

lités d'administration, de conseillers juridiques et sociologiques, et sur des facilités d'organisation de toutes espèces, que seuls de larges moyens financiers peuvent leur assurer.

On voit en effet actuellement très clairement, non seulement le rôle primordial qu'ont joué les Chambres Syndicales dans les négociations qui viennent d'aboutir, mais encore le rôle écrasant qui sera le leur dans la tâche future de réorganisation professionnelle. L'outil de travail qui vient d'être créé ne vaudra qu'en fonction des hommes qui l'utiliseront. Mais les différents organismes et structures mis en place par les législations récentes permettent au médecin d'avoir le rôle primordial dans la réorganisation de leur profession, et dans son harmonisation.

Le travail se fera sur plusieurs fronts, donc par plusieurs équipes ; il faudra entre ces diverses équipes une unité d'action. Et dans ce rôle d'harmonisation, les Chambres Syndicales, par leur structuration, l'expérience qu'elles ont acquise et les preuves qu'elles ont données de leur désir d'amélioration de la pratique médicale, ont une place prépondérante.

1. En ce qui concerne **tout d'abord le front de défense économique.** Il s'agit là du volet principal de l'action syndicale proprement dite. Dans ce domaine, l'outil est rodé, et des résultats valables sont déjà obtenus.

2. En ce qui concerne **la défense de la valeur scientifique de notre profession,** le rôle principal est évidemment dévolu à nos universités et, dans son aspect sublimé, aux académies de médecine.

Mais certains aspects de cette défense scientifique ont des interférences économiques et pratiques. Par exemple, dans la législation récente, si ce sont les académies de médecine qui déterminent en dernière analyse la liste des actes pouvant être commis par les paramédicaux et leurs modalités de prestation, il est bien certain que ces décisions ont une interférence sur la défense professionnelle ; dès lors, nous sommes prêts à offrir notre collaboration aux académies, à leur offrir notre expérience de défense professionnelle, notre documentation et l'aide de nos services techniques.

3. Il serait également souhaitable que nous puissions avoir des contacts plus fréquents et se faisant dans un esprit de réel désir de **collaboration avec les autorités scientifiques représentant nos universités.** Il saute aux yeux en effet qu'il est presque ridicule d'obtenir, au terme de négociations difficiles, une **réelle revalorisation du titre de Docteur en Médecine,**

si ce titre se vide progressivement de son contenu. En effet, les universités, dans un esprit vraisemblablement purement scientifique, créent de plus en plus de certificats et diplômes de toutes espèces, concernant notamment la médecine préventive, la médecine scolaire, la médecine du travail, et même la médecine administrative, tous ces certificats ayant comme résultat, non voulu au départ, de vider progressivement le titre de Docteur en Médecine, Chirurgie et Accouchement, de sa substance, puisqu'il ne permet plus, à la longue, que de prescrire de la Pénicilline et de faire des certificats d'incapacité de travail. N'est-il pas terrible de constater qu'au terme des études universitaires les plus longues, le diplômé de notre Faculté ne peut pratiquement plus rien faire, alors qu'au terme d'études infiniment moins longues, le diplômé d'une autre Faculté peut construire la Tour du Midi et assumer des responsabilités humaines tout aussi considérables que les nôtres.

Ne croyez-vous pas que, là aussi, envisageant le problème à très longue échéance, une certaine harmonisation est indispensable. Ici également, les contacts journaliers que nous avons avec les médecins praticiens, les problèmes d'organisation que nous avons à résoudre, la connaissance de la distribution médicale par territoires, permettraient de mieux faire connaître, à l'échelon universitaire, les besoins futurs et les perfectionnements à envisager.

Nous nous rendons tous compte évidemment que le rôle primordial de nos universités est double : l'enseignement de la médecine et la recherche scientifique. Il est de l'intérêt de tout le corps médical d'aider au maximum nos universités dans ces deux domaines, d'appuyer leur action vis-à-vis des pouvoirs publics, et de **défendre syndicalement nos confrères qui pratiquent dans le cadre, soit de la recherche, soit de l'enseignement.** Il est parfaitement compréhensible que l'enseignement nécessite, pour les universités, une certaine activité clinique ; cette activité clinique est également indispensable pour la recherche clinique dans les domaines de pointe. Mais il est indispensable aussi, du point de vue purement professionnel et humain, que l'objectif des services universitaires reste bien de permettre au maximum la transmission des résultats acquis dans cette recherche clinique à la médecine pratique, pour en faire bénéficier la plus large tranche possible de la population. **Une ouverture des universités vers les praticiens de la médecine est dès lors indispensable.** Par ailleurs, l'activité clinique nécessaire à l'enseignement de la médecine ne peut pas représenter une concurrence déloyale à la pratique médicale extra-universitaire, car en fait, si ce n'est pas la Faculté de Polytechnique qui construit les ponts, ce n'est pas non plus la Faculté de Médecine qui fait la médecine de tous les jours.

4. Enfin, sur le front des principes de base et de la discipline professionnelle, **les ordres des médecins** ont le rôle primordial. Mais l'expérience a prouvé que lorsque ces principes de base sont menacés, l'Ordre n'a pas la possibilité d'organiser la défense professionnelle. Il ne serait d'ailleurs pas souhaitable que nos ordres jouent ce rôle : il vaut mieux le réserver aux Chambres Syndicales. Mais ceci nécessite des contacts suivis entre représentants de l'Ordre et représentants des Chambres Syndicales sur un plan de collaboration saine et dans un esprit d'estime réciproque. Il est souhaitable que les ordres représentent l'aspect sublimé de notre profession, et dès lors, ne participent pas en tant qu'organismes à tous les remous de la vie professionnelles, mais il serait cependant souhaitable qu'ils soient mieux connus de tous nos confrères et de ceux qui entrent dans la profession, afin qu'ils se rendent compte qu'ils pénètrent dans une classe professionnelle différente de toutes les autres, surtout par ses obligations et ses devoirs.

conclusion

Si au cours de cet exposé forcément très bref, j'ai volontairement négligé certains détails, c'est afin de mieux faire ressortir les lignes de force de notre action syndicale.

J'ai voulu montrer comment, au départ d'une situation médicale catastrophique, les responsables de l'orientation doctrinale générale des Chambres Syndicales ont conçu leur action pour arriver à recréer une médecine respectée, pratiquée par des médecins honorés.

Cette action nécessite l'activité conjointe de tous les constituants du corps médical, c'est-à-dire les académies, les ordres, les universités, les Chambres Syndicales et tous les praticiens de la médecine.

Cet effort commun est indispensable pour réussir la rénovation de cette profession qui est la nôtre et, une fois de plus, je crois que, unis, nous ne pouvons que vaincre, désunis, nous méritons de perdre.

Jacques ACHSLOGH.

le syndicalisme médical et la médecine de l'avenir

par le docteur JOUS, de Liège (1).

naissance d'un syndicalisme

Le sujet que je me propose de traiter devant vous, ce soir, à bâtons rompus, est fort vaste. Je tenterai de cerner le problème et voudrais en guise d'introduction vous parler de la naissance du syndicalisme médical en Belgique.

Cette naissance se place en 1963. Le syndicalisme médical en Belgique est né d'une réaction assez primaire, sans trop de réflexions préliminaires. Vu l'urgence, nous avons d'abord agi et tâché ensuite de réfléchir.

Nous avions été forcés d'agir d'urgence vu l'apparition d'une proposition de loi, dite **LOI LEBURTON,** qui nous parut d'emblée très dangereuse. Nous en avons fait faire par la suite une étude approfondie par des juristes qui nous ont expliqué pourquoi nous avions raison, pourquoi ce texte était très dangereux.

Il s'agissait en fait d'une **loi de nationalisation de la profession médicale.** Dès lors il nous apparut qu'il fallait tenter d'empêcher cette nationalisation et c'est ainsi que naquit le **syndicalisme médical,** avec ce que cela comporte de contestations entre les médecins eux-mêmes, et entre les anciennes associations professionnelles et les nouvelles créées.

(1) Texte rédigé d'après l'enregistrement, sur ruban magnétique, de la causerie du docteur JOUS.

En résumé, cette nationalisation faisait entrer les médecins dans un système d'assurance-maladie comme un **simple rouage** placé à un échelon bien déterminé. Pour arriver à leur donner cette place et à les faire fonctionner, ce système leur imposait un **accord financier sur les tarifs médicaux.**

Pas mal de gens disaient à l'époque que l'assurance-maladie est un gouffre à millions qui doit être comblé. Pour y parvenir il faut modifier tout le système, auquel les médecins doivent collaborer de gré ou de force, en leur imposant légalement une responsabilité de gestion financière.

Ce problème s'est posé un peu partout en Europe, en Grande-Bretagne, aux Pays-Bas, en Allemagne. Avec des variantes selon les pays, le plan adopté se base sur **un système financier plafonné.** Pour les soins de santé de la population, on prévoit tant de milliards par an ; les médecins sont chargés d'assumer tous les soins de santé pour le montant total proposé, par un système d'abonnement ou de plafond. Ainsi équilibrerait-on financièrement l'assurance-maladie.

Tout cela exige évidemment **des contrôles** administratifs, avec **des pénalisations** à la clé. On en arrive ainsi à la notion d'une **norme,** celle de la dépense du médecin vis-à-vis de son malade. Il devra travailler selon la norme imposée : s'il la dépasse, on le pénalisera ; sinon, on le félicitera et on le décorera !

En face de cette menace, nous avons dû mettre au point un système de défense de notre profession. Nous avons choisi la voie du **syndicat.** Il nous était en effet très clairement apparu qu'à l'époque actuelle ce ne sont pas les gouvernements qui commandent la politique, mais bien les forces syndicales, ouvrières et patronales.

anatomie et physiologie d'un syndicalisme

1. Nous avons choisi un syndicalisme basé d'abord sur le **contact étroit** d'un médecin avec l'autre. Il fallait en effet restaurer les rapports personnels, ranimer l'amitié entre les médecins, recréer la confiance dans leurs relations. D'où la notion de **CELLULES :** réunir non pas d'après les cantons ou les arrondissements judiciaires, mais **selon les affinités personnelles et les centres communs d'intérêt.** La cellule médicale est un petit groupe de médecins qui ont des affinités et des contacts personnels naturels. Les cellules sont regroupées en **réseaux** qui aboutissent à un **sommet.**

2. Comment ont fonctionné les cellules ? Essentiellement par un **mécanisme d'information permanente.** Ce mécanisme est primordial : le médecin doit, de façon constante, savoir ce qui se passe dans le domaine de la santé, tant des points de vue législatif qu'administratif, scientifique ou autres ; d'autre part, il doit en retour faire connaître rapidement ce qu'il en pense et quelle est sa réaction aux problèmes posés.

3. Cette information doit être continue et **rapide.** Ce qui nous a fait abandonner momentanément l'imprimé au profit de la **pyramide téléphonique.** Celle-ci permet de contacter tout le monde dans un laps de temps très court.

4. L'information permanente était fournie par un sommet, par **un groupe directeur,** secondé par une équipe de techniciens, sociologues, juristes et autres, engagés pour notre meilleure information. Il faut reconnaître en effet que les médecins sont en général très incompétents en ce qui regarde les textes législatifs.

le corps syndical médical

Ce système une fois instauré assez rapidement, on parvint à regrouper toutes les associations professionnelles de médecins belges en une organisation qui a couvert tout le pays : la **Fédération Nationale des Chambres Syndicales des Médecins.**

Il a permis d'entamer la contestation de 1964 et, dans une certaine mesure, de remporter celle-ci.

De ce qui précède, retenons ceci : à l'avenir, que l'on soit médecin, architecte ou avocat, du moment que l'on exerce une profession importante comportant de grosses responsabilités et que l'on veuille garder la maîtrise de notre art, dans l'évolution sociale actuelle où l'on voit se créer des groupes syndicaux professionnels puissants dans tous les secteurs, il nous faut arriver à réaliser la même chose. Pour l'avenir en effet c'est **la seule forme possible non seulement de défense, mais d'action.** Si plus tard nous parvenons à posséder une influence dans le domaine de la santé en Belgique ou en Europe, ce ne sera que grâce à un groupement extrêmement fort et cohésif, et sachant ce qu'il veut. Si nous n'acceptons pas cela, nous sommes tout juste bons à accepter ce que l'on nous proposera ou à être les jouets des événements.

scission

Le syndicalisme médical belge est devenu ce que vous savez. Dès qu'il eut accompli sa première tâche, c'est-à-dire remplacer la législation LEBURTON par un système qui puisse convenir à tout le monde, il aboutit à une scission en **deux branches principales.**

Comment cette regrettable scission s'est-elle amorcée ? A partir de deux notions fort différentes de ce que devrait être la médecine dans notre pays.

1. Intégrisme.

La première de ces notions est celle qu'on peut appeler " intégriste ". Cette notion se base sur le sentiment de certains médecins que le vent de l'histoire souffle tellement fort qu'il ne peut être question de l'affronter de face, qu'il existe une sorte de **phénomène irréversible** auquel on ne saurait s'opposer, bref qu'il vaut mieux courir dans le vent que de s'essouffler à côté.

L'intégrisme fait entrer dans un système où l'on admet que l'assurance-maladie devienne une chose extrêmement importante, où l'on accepte qu'ait surgi et se soit déployée une nouvelle institution très technocratique qui prétend englober tout le problème de la santé, celui du malade, de sa maladie, de sa situation financière, et en même temps celui du médecin qui le soigne, des hôpitaux, des facultés de médecine, etc......

Les intégristes se résignent : il n'y a rien à faire que de s'intégrer dans ce système, d'y choisir une place acceptable où l'on ne soit pas trop étouffé. On appelle cela du réalisme constructif par opposition aux soi-disant négativistes destructifs.

2. Parallélisme.

La seconde notion est celle du " parallélisme ". Les médecins pratiquent une profession extrêmement importante, disons même capitale, dans notre pays. S'ils veulent imposer leur place dans la société future, ils doivent y pénétrer sous forme d'un groupement très cohésif, qui n'ait pas peur de donner son avis formel sur les problèmes de la santé. Ce n'est pas un refus du dialogue, de la discussion ou du contact, car nous sommes d'accord de discuter, d'étudier les difficultés du problème assurance-maladie, de tenter de les résoudre dans la mesure de nos moyens, mais nous voulons le faire en restant **autonomes et indépendants.**

trois textes éclairants

Après avoir agi, car il urgeait de le faire sans trop réfléchir, nous avons tenté de clarifier notre doctrine, notamment en étudiant certains textes capables d'éclairer notre réflexion. En ce qui me concerne personnellement, trois textes m'ont paru éclairants.

1. **L'Essai de Morale Prospective,** de Jean FOURASTIER.

La médecine, dans le domaine de la relation humaine, reste attachée à la **morale traditionnelle.** Celle-ci se confond avec les règles de vie qui, depuis Adam et Eve, nous ont menés jusqu'aujourd'hui. Ce sont des **règles de survie,** dirions-nous, basées essentiellement sur la peur de l'hostilité de la nature, sur la tendance innée de l'homme à vouloir se survivre à lui-même, à vouloir constituer un groupe capable de se survivre. Pour maintenir cette survie, pour assurer cette pérennité, l'homme s'est imposé des règles, influencées ou non par des éléments d'ordre religieux.

Cette morale traditionnelle est celle qui donnait autrefois au père de famille le droit de marier son fils à une telle et sa fille à un tel, non pas en vertu de pouvoirs abusifs mais parce qu'en mariant ses enfants selon un échelonnage ou un nombre voulu, il conservait intact le **patrimoine,** assurant ainsi la survie du groupe.

Cette morale traditionnelle tend à disparaître ou à se modifier, parce que cette survie du groupe paraît pouvoir être assurée non plus à partir d'un patrimoine terrien, d'une ferme entourée d'un certain nombre d'hectares de terre, mais à partir de notre capacité de travailler dans le contexte de l'industrialisation et de la commercialisation, à partir donc d'une nouvelle société.

Il faut remarquer que l'industrialisation a joué un très grand rôle dans l'apparition de cette nouvelle morale, qui se rattache à nos **capacités prévisionnelles** actuelles. La société est actuellement capable de prévoir le temps ou l'explosion d'une épidémie, d'estimer préalablement une récolte, d'améliorer le rendement des terres, bref de faire vivre les hommes en dehors d'une notion de patrimoine à sauvegarder. Il en résulte que toutes les règles qui s'attachaient à ce patrimoine, à cette nécessité de la survie, en un mot la morale traditionnelle, que tout cela peut perdre de son importance ou est susceptible de changer dans la mesure où la **morale dite scientifique** s'enracine.

Cette nouvelle morale peut être bonne ; encore faut-il que l'on puisse s'y appuyer en toute sécurité. Sans doute avons-nous expérimenté avec bonheur dans quelques cas notre scientisme ou notre capacité prévisionnelle. Mais, tout compte fait, nous ne sommes pas sûrs encore que cette nouvelle morale ait fait suffisamment sa preuve au point de nous y engager tête baissée.

Conclusion : donnons à la morale traditionnelle le premier rôle puisqu'elle au moins a fait ses preuves ; nous accepterons la nouvelle morale et la ferons entrer dans nos mœurs progressivement, au fur et à mesure que nous nous rendrons compte qu'elle peut nous conduire à une situation meilleure.

Ayant mis ce qui précède en parallèle avec le problème médical, il m'est apparu que dans la société, dans la communauté humaine d'aujourd'hui, **la médecine méritait de rester attachée à la morale traditionnelle,** en grosse part du moins. Elle doit rester pour l'homme une sorte de **refuge,** une sorte d'institution **en dehors de la stricte règle administrative,** une sorte de **fraction de liberté individuelle.**

Tout en admettant, bien sûr, qu'il ne faut pas rejeter ce que la science, la prévision, les phénomènes de gestion peuvent nous apporter ; dans la mesure de ces nouveaux apports, la médecine peut changer ; mais, si elle le fait, qu'elle le fasse avec prudence.

2. **Le Défi Américain**, de Jean-Jacques SERVAN-SCHREIBER.

Cet auteur se place sur un autre terrain, celui des problèmes économiques et technologiques.

Pour le moment, dit-il, l'Amérique tient nettement la tête et il ne sera pas facile de la rattraper ; plus le temps passe et plus l'écart s'accroît entre elle et nous, en vertu d'une sorte de progression géométrique qui commande ce phénomène. Cet écart s'accroît surtout dans le domaine du cerveau, de l'intelligence, de l'imagination, de la technologie, de la découverte, de la prospective.

Nous entrons dans une ère où nous verrons s'installer **une société postindustrielle,** où les heures de loisir seront beaucoup plus nombreuses que les heures de travail. Nous verrons se développer une organisation extraordinaire. Médecins, mathématiciens, artistes, industriels, nous serons englobés dans cette société. Nous devons prendre conscience que nous allons vivre et peut-être même créer une nouvelle époque d'organisation de notre profession, parce que tout le monde va faire la même chose, chacun dans son propre domaine. Il serait inconcevable que dans cette matière la médecine restât en arrière.

Dans l'esprit de SERVAN-SCHREIBER, il paraît indipensable que les industries et les organismes de gestion européens se regroupent pour tenter d'arriver à se remettre sur le même pied que l'Amérique. Dès lors il me paraît indispensable que les médecins européens fassent exactement de même que leurs confrères américains, c'est-à-dire être groupés dans une association professionnelle extrêmement puissante, très cohésive, très riche (parce qu'il faut des moyens puissants pour se défendre) et qui ait des idées.

Il s'agit, non pas de créer un Etat dans l'Etat, mais **une force.** Celle-ci est **indispensable au bon équilibre de la société future.**

Notons cependant une petite différence entre nos préoccupations et celles que décrit le " Défi Américain ". Lorsqu'on parle du progrès de la médecine et de ce qu'elle doit devenir dans le cadre du nouvel Etat, on a tendance à mettre surtout en avant le progrès technique. La technique prend de plus en plus de place dans la médecine, une place de plus en plus coûteuse et de plus en plus hypertrophique.

J'en appelle à votre réflexion : lorsqu'on fait de la pratique, on s'aperçoit (et de cela les universitaires ne s'aperçoivent pas, qu'il s'agisse des étudiants, des assistants et parfois même des professeurs) que les nouveautés techniques deviennent après un certain laps de temps quelque chose d'habituel et de courant.

Prenons quelques exemples. Celui de **la radiologie** tout d'abord. Vers les années 1932-1933, ne professaient à Liège que deux ou trois médecins radiologues. A cette date, l'envoi d'un malade au radiologue constituait un événement, une décision extraordinaire. Depuis lors la radiologie est devenue une méthode de routine pratiquement à la portée de tous les praticiens. Sans doute tout médecin n'est-il pas radiologue, mais à la sortie de l'Université nous sommes pratiquement tous capables de manier un appareil de radioscopie ou de radiographie. La radiographie n'est plus une science ésotérique et mystérieuse.

Et **la bronchoscopie ?** A ses débuts, vers les années 1946-1947, c'était une méthode exceptionnelle : pour la première fois on allait pouvoir regarder dans une bronche, vérifier ce qui se passait dans les bronches d'un tuberculeux, d'un bronchiteux, d'un asthmatique. On s'imagina alors que l'on pouvait tout voir avec le bronchoscope et tout élucider. Moralité : pendant plusieurs années tous les malheureux pulmonaires qui passaient dans un service hospitalier, en section de pneumologie ou en sana, avaient droit à une bronchoscopie. Après quelque temps, on s'aperçut qu'au fond, si cela apportait quelque chose, cela n'apportait pas tellement d'éléments importants pour la thérapeutique, que cela n'était utile ou indiqué que dans certains cas. Depuis lors l'indication s'est affinée ; on l'a réservée aux seuls malades chez qui elle s'impose pour des raisons bien précisées.

Ne vous laissez donc pas " bluffer ". La médecine devient une sorte d'invraisemblable usine où la technique coûteuse est reine. Il existera évidemment toujours ce stade coûteux qui est celui du départ d'une technique nouvelle. Mais après quelque temps, l'industrie, la technologie, et l'éducation médicale aidant, ce qui était neuf devient courant.

Prenons encore l'exemple de **la chirurgie thoracique.** Vers les années 1945-1946, à ses débuts on en faisait un monde, à peu près comme une opération du cœur actuellement. Par la suite, assez rapidement, elle est devenue un

acte chirurgical assez fréquent, que l'on peut pratiquer un peu partout, avec un minimum de matériel spécial, en tout cas avec un appareillage qui ne coûte plus tellement cher. C'est devenu relativement facile. Et **la gastrectomie,** et tant d'autres interventions récentes ? **Ces actes ne demandent plus que le médecin sorte continuellement de son rôle traditionnel pour appliquer ses soins.** C'est à cela que je voulais en venir avec cette disgression.

3. Le Texte rédigé par le Centre d'Etude des Problèmes Médicaux Européens.

Ce Centre tint un congrès à Anvers, voici un peu plus d'un an. On avait confié à un médecin lyonnais, le docteur MALLET, le soin de rédiger, de condenser quelque peu la pensée de tous les groupes européens sur le problème de **la socialisation** et de **l'avenir de la médecine.**

Voici ce qui avait frappé MALLET.

— A. **Une masse sociale en expansion explosive.**

A la fin des guerres napoléoniennes, la population de la terre dépassait le milliard ; le cap des deux milliards a été franchi vers 1930, et tout récemment il a atteint les trois milliards d'habitants ; dans un proche avenir, l'humanité en comportera quatre milliards.

En 1964 l'humanité s'est accrue de 68 millions, soit de 200.000 par jour et de 8.000 par heure. En 1965, il est né 127 millions d'enfants ; on enregistra 57 millions de décès ; malgré cette mortalité élevée, la population du globe a augmenté de 70 millions d'habitants.

Le début de l'année 1966 a coïncidé avec la fin des deux-tiers de ce XXème siècle et les experts de l'O.M.S. nous apprennent que désormais chaque jour l'humanité s'augmente du nombre d'habitants d'une ville de l'importance de Turin. Dans 40 ans l'accroissement démographique représentera l'équivalent de 30.000 grandes villes, ou de 200 ensembles urbains comme Tokyo ou New-York. Nous serons passés de 3 à 6 milliards. Bien entendu, une grande part de cette population mondiale sera assumée par la Chine et par l'Inde ; mais le phénomène est général.

L'accroissement de la population mondiale ne se fait pas à un taux constant, mais avec un taux d'accélération qui lui-même s'accélère. C'est une véritable **explosion.** Dans moins de temps que celui qui nous sépare des voyages en Chine de Marco Polo, il y aura 6 habitants aux 1000 m^2 sur la terre.

— B. **La collusion de la science et de la politique.**

Au travers de cette masse sociale en expansion explosive, se faufilent des **courants politiques** qui cherchent à en façonner l'organisa-

tion selon des conceptions idéologiques prédéterminées, mais aussi des **courants techniques** qui considèrent les données chiffrables de cette masse, notamment aux points de vue de la production et de la consommation et qui paraissent déterminés par la dynamique des nombres.

Il est bien certain que, dans la mesure où ces courants portent en eux une puissance d'organisation de la masse sociale, ils se rejoignent quelque part : ce lieu de convergence, c'est le pouvoir politique qui seul permet la mise en œuvre des réalisations. C'est pourquoi il existe aux U.S.A. et en U.R.S.S. des organisations comptant des centaines de savants et dont le but est la prévision scientifique du futur et son aménagement.

Nous connaissons depuis peu quelques détails sur le travail colossal qui s'effectue en U.R.S.S., en marge des déclarations idéologiques, afin de maîtriser la science d'avant-garde et les nouvelles sources de puissance qui s'y rattachent. Les Américains, eux, respectent moins le secret que les Soviétiques ; nous connaissons par une publication faite en 1965 à Los Angeles, signée par GORDON et HELDER, les fantastiques travaux de la Rank Corporation, installée à Santa Monica, fondée sur la recherche de la science américaine et mondiale dans son ensemble ; ils fournissent déjà la figuration prodigieuse de ce que sera le monde de demain.

Ces analyses peuvent-elles aboutir à des conclusions sociologiques et économico-politiques, permettant de compléter le paysage de l'avenir en nous donnant les données de la civilisation scientifique ? Les susnommés GORDON et HELDER le pensent, et avec eux les organes exécutifs américains ; il semble que JONHSON lui-même soit d'accord avec eux sur ce point-là.

Lorsqu'on aborde un sujet tel que la médecine et son avenir, il ne faut pas ignorer ces faits, puisqu'ils montrent qu'au-dessus de la masse grandissante des humains se profile **la formidable puissance des découvertes scientifiques** qui se placent de plus en plus **au service des forces politiques au pouvoir.** Ces forces politiques sont l'instrument d'idéologies dont dépendent l'avenir des hommes et la façon dont ils vivront en commun.

Il faut d'ailleurs ajouter que, si les forces politiques ne se préoccupaient pas de ces problèmes et n'avaient pas déjà des plans préparés sur cette question de l'accroissement de la population et si les précautions n'étaient pas prises pour réorienter l'avenir, nous irions à une sérieuse catastrophe.

Pour les Européens, cette perspective est d'autant plus importante que l'on voit déjà se dessiner, non plus une Europe qui va de l'Atlantique à l'Oural, mais une diagonale démographique assez importante, en même temps scientifique et politique, qui irait de Los Angeles à Vladivostock.

— C. **L'allure presque verticale des découvertes et des inventions.**

Depuis l'explosion de Los Alamos, le monde est entré dans une ère nouvelle, celle de la civilisation technique. Nous constatons que **la courbe des inventions et des découvertes prend elle aussi une allure presque verticale.** La puissance motrice de la machine de Watt était en 1785 de 75 chevaux ; celle des centrales hydro-électriques représente des centaines de milliers de chevaux et on estime entre 10 et 20 millions de chevaux la force nécessaire à une fusée pour arracher un satellite à l'attraction terrestre. Il n'y a aucune raison de croire que le phénomène va s'immobiliser, aussi exorbitants que soient les chiffres que nous indique cette extrapolation. Il est vraisemblable que là aussi nous allons continuer à suivre cette courbe. Dans le domaine de l'électronique, rien ne permet d'entrevoir une limitation aux possibilités des ordinateurs. Rien ne permet d'affirmer que, dans la mesure où toutes les données pourront être confiées à la mémoire des machines, il ne sera pas possible d'obtenir un jour prochain d'excellents diagnostics électroniques, avec pronostic. De même qu'il n'est pas possible de dire que l'homme n'ira jamais sur Mars ou plus loin encore !

Ce développement des possibilités de la technique nous oriente vers des directions qui rejoignent les deux premières constatations, à savoir : l'augmentation explosive de la masse sociale d'une part et l'utilisation de la puissance scientifique par les forces politiques d'autre part.

Les hommes de science américains avancent avec prudence d'inquiétantes constatations.
La révolution atomique libère définitivement ses manipulateurs à l'Est comme à l'Ouest ; **elle les libère des limites démocratiques comme d'ailleurs du consentement des foules.**

On parle de gaz dissuadants qui ne tueront pas mais rendront l'adversaire docile ; on parle d'appareils miniatures pour le contrôle des armements.

A notre époque de péril atomique et de démographie affolante chez les peuples sous-développés, la pensée de NAPOLEON que " l'idée est plus forte que la baïonnette " est inversée.

Une arme nouvelle, dit MALLET, comme le contraceptif buccal, commande désormais plus que les idées, elle commande le destin de l'humanité. Les techniciens de la Rank, tout comme certains soviétiques, ne pensent pas qu'il s'agit là d'une conception irréaliste. S'il en était ainsi, on se demande alors pourquoi on prépare à Léningrad, tout comme à Yale, **le contrôle absolu des cerveaux.**

L'orientation technique de la civilisation paraît liée au péril atomique et à l'accroissement de la démographie. Cela ne risque-t-il pas de mener à ce que l'on pourrait appeler **la massification des hommes** et à leur asservissement par la puissance de la technique scientifique, leur vie tout entière, travail, loisirs, consommation, procréation, étant également contrôlée dans ses modalités diverses et même dans sa durée ?

retour au débat

Ayant sommairement analysé à notre point de vue les trois études précédentes, revenons-en au début de cet exposé : notre devoir, notre travail doit être le regroupement syndical permettant notamment **l'information permanente** des médecins, faite sous le contrôle des seuls médecins, et portant sur les problèmes sociaux, économiques, législatifs et même scientifiques. Cette information doit être dans des mains médicales pour que les médecins puissent **rester les seuls maîtres de leur art.**

Notre profession est telle qu'une fois formés et diplômés nous devons être en situation de rester les seuls à pouvoir pratiquer la médecine, non pas en fonction d'une législation que nous devons appliquer, mais en fonction du malade que nous avons devant nous. Cette maîtrise de son art, cette liberté totale, le médecin doit la conserver dans son domaine propre, celui de sa relation personnelle avec un patient qu'il doit soigner avec l'accord et la collaboration de celui-ci.

Il faut qu'assez rapidement, dans la société future, la médecine soit **regroupée en une puissance** dont il faudra tenir compte. C'est la seule manière de défendre et de développer **l'aspect moral traditionnel de l'acte médical.** Nous ne devrons abandonner de cette morale médicale que ce qui pourra l'être avec sécurité, avec certitude et sans qu'il faille se livrer à trop d'expériences. Cet aspect traditionnel de la médecine, l'aspect humain de notre profession, la relation avec le malade, nous devons non seulement le défendre et le conserver, mais le développer.

Sur quel plan devrons-nous nous regrouper ? C'est sur ce point que se place la scission de notre syndicalisme, sur la conception du futur de notre profession. Intégralisme ou parallélisme ?

Dans le domaine de la santé, pas mal de tierces personnes, à tort ou à raison, sont venues " fourrer leur nez ". Dans ces tierces personnes nous comprenons le parlement, l'assurance-maladie, les organisations philanthropiques, les syndicats, bref toute une série de personnes par ailleurs bien intentionnées et animées d'un louable désir de perfectionnement. En fait cela a abouti à des législations qui ont donné lieu à une véritable foire d'empoigne, à une course, à une bagarre entre les divers partenaires présents dans le domaine de la santé, y compris d'ailleurs les médecins.

La contestation porte sur la façon de concevoir la **" pyramide ".** Du côté des groupements non médicaux, la tendance est à une pyramide en tranches superposées : au sommet l'Etat (le pouvoir politique), surplombant directement ou associé intimement avec les groupes d'assurance-maladie. En-dessous de ceux-ci on retrouve le corps médical, et puis seulement l'assuré social et le malade.

Notre conception par contre est que, s'il faut une pyramide, celle-ci soit constituée d'une série de cônes accolés, en parallèle, le sommet étant l'individu malade ; chacun de ceux qui doivent intervenir dans le domaine de la santé (l'Etat, la Mutualité, le Corps médical, d'autres encore) devrait se voir délimiter et attribuer un domaine propre bien précisé. L'Etat a tel devoir, l'assurance-maladie tel autre, les médecins tel autre, et chacun est maître dans son domaine. Le sommet doit être le malade, celui qu'on soigne.

Arriverons-nous à cet idéal ? Mon pronostic personnel est plutôt sombre. Non tellement à cause des événements de ces derniers temps, la scission survenue dans le corps médical belge, mais surtout en fonction du **peu d'intérêt** que les médecins manifestent à l'égard de tous ces problèmes. On arrange " la cuisine " derrière leur dos, et ils ne s'en préoccupent guère. Alors que tout de même, dans l'un comme dans l'autre de nos camps, nous faisons depuis des années des efforts constants pour les informer, nous n'en obtenons qu'une attention toute mitigée. Et c'est cela qui nous effraie, car il est évident que ce n'est pas à 10, 20, 100 ou 200 que nous parviendrons à imposer notre orientation.

J'ajoute ceci : contrairement à ce qu'on a toujours dit ou cru, **le médecin n'est plus un intellectuel.** Il l'a été, aux environs de ses 18 ans, au sortir de sa rhétorique. Il possédait à ce moment-là un petit goût de curiosité qui a duré le temps des vacances, car aussitôt entré à l'Université il a tout perdu. Il a **pénétré dans la voie de l'appétit,** il est devenu (ou on l'a fait devenir) un **technicien.** Il a appris, bien sûr, des tas de choses très importantes, mais rien des problèmes tels que ceux dont nous discutons ce soir. On a fait de lui un technicien, on le conditionne dans cette voie de l'appétit durant 7 à 12 ans, selon qu'il se spécialisera ou non. Ses capacités intellectuelles s'éveillent quelque peu vers 7 heures du matin, au moment de consulter son carnet pour se remémorer ce qu'il doit faire au cours de la journée ; elles s'arrêtent

vers 11 heures ou minuit, lorsqu'il rentre chez lui pour dormir. Il ne faut pas lui demander de songer aux lendemains de la médecine, il est surchargé de travail et n'en a pas le temps, il est " esquinté " et " en a jusque là " !

Moralité : si les médecins ne pensent pas à ces problèmes, et si les quelques-uns qui essaient de le faire pour les autres ne sont même plus entendus, c'en est fini. Le groupe des technocrates commence à penser pour nous. Et automatiquement la solution qui interviendra sera celle que ceux-ci auront imaginée pour nous. Mais ce ne sera jamais **NOTRE** solution. Bien entendu on peut espérer un revirement. En 1964 d'ailleurs nous n'étions pas tellement mieux lotis !

où en sommes-nous aujourd'hui ?

Nous envisagerons successivement la situation sur le plan belge et la situation sur le plan européen.

1. SUR LE PLAN BELGE.

Deux points entr'autres sont à considérer, deux gros points de friction où tout pourrait craquer et pour lesquels il urge de trouver une solution.

a) **En ce qui regarde l'assurance-maladie,** nous en sommes grosso modo là où Monsieur LEBURTON a voulu nous amener en 1964. Bien sûr, le système n'est pas encore d'application quotidienne, cela ne se remarque guère, mais tous les éléments législatifs, les règlements sont en place. Du jour au lendemain, sans qu'il soit nécessaire de voter une nouvelle loi, sans qu'il faille prendre des mesures execptionnelles, le ministère de la prévoyance sociale peut installer chez nous une médecine plafonnée, une médecine du type pyramide à tranches superposées. Nous y figurerons en seconde ou troisième position, en tant que techniciens évolués et non plus en tant qu'intellectuels réfléchissant aux problèmes de la santé.

Les éléments législatifs existent, on les retrouve dans les remaniements apportés à la loi d'assurance-maladie telle qu'elle a été refaite après les accords de 1964. Ce qui en a été modifié, ce que les médecins ont réussi à imposer plus ou moins de bon gré, ce qu'on a pu en retirer, correspond précisément à ces éléments qui nous garantissaient contre " la pyramide en tranches ".

b) **En ce qui regarde la santé publique**, nous retrouvons ici aussi la notion d'intégration, de pyramide en tranches superposées.

La dernière contestation veut englober certaines contestations de santé publique : commissions hospitalières paritaires, refonte de l'Ordre des Médecins, problèmes se rapportant à l'Art de guérir...... Questions importantes, certes, mais la plus importante n'a pas été soulevée de façon explicite lors de la dernière contestation entre le gouvernement et une partie des médecins. Elle a trait au **Conseil National Supérieur de la Santé.** Celui-ci est une sorte de " pot-ou-feu " où l'on trouve un peu de tout : 25 % seulement de médecins, en les totalisant jusqu'aux derniers praticiens, académiciens, universitaires, représentants des organisations professionnelles, etc...... ; à côté d'eux, un mélange typiquement belge où l'on retrouve les syndicats patronaux et ouvriers, les groupements d'assurance-maladie, diverses organisations philanthropiques et sociales, libérales, socialistes et catholiques......

Quel est le rôle de ce Conseil ? Sans doute n'a-t-il pas encore fait grand'chose jusqu'à présent, sinon d'être créé et installé. Mais **il possède sur l'ensemble des problèmes médicaux des attributions extrêmement étendues.** Il connaît de tout ce qui concerne la santé en Belgique : médecine préventive, curative, du travail. Il fait le constat des problèmes quand il s'en pose.

Prenons un exemple de médecine préventive : promouvoir les examens de prévention du cancer pour toute la population. Mais ces examens, il faut les payer. Le Conseil cherchera donc où trouver l'argent nécessaire pour réaliser ce programme. Il ira frapper à toutes les portes, à la Prévoyance sociale, à la Défense Nationale, à la Justice...... Celles-ci abandonneront peut-être une minime part de leur budget. Le Conseil finira par disposer de quelques millions. Il proposera au Gouvernement les mesures propres à réaliser cette prévention anti-cancéreuse : " nous disposons de quelques millions, nous en donnerons quelques francs à chaque médecin, par examen, en l'obligeant d'ailleurs à pratiquer ces examens de dépistage. Et le tour est joué !

Cet exemple de médecine préventive vaut tout autant pour la médecine curative. Car le Conseil a le pouvoir d'apprécier l'efficacité et le rendement des traitements, toujours en fonction d'une politique générale de la santé, c'est-à-dire en ordre principal d'une politique budgétaire.

A partir de tels impératifs toute l'Assurance-maladie est concernée : en fonction des nécessités générales de la Santé et du budget dont dispose l'Assurance-maladie, le Conseil estimera qu'il faut remanier le système, qu'il faut en arriver à un

système plafonné, contrôlé, à un système d'abonnement du type hollandais, à n'importe quelle modalité technico-financière qui permettrait d'assurer les objectifs déterminés par le Conseil National Supérieur de la Santé. Ces errements peuvent s'étendre aux hôpitaux, aux associations médicales, au syndicalisme médical, aux Ordres des Médecins. Bref, dans le domaine de la santé, tout le monde pourra être contraint par ce Conseil.

II. SUR LE PLAN EUROPEEN.

On y retrouve en gros la même situation. Deux groupes, les intégrationnistes et les parallélistes, affirment l'un et l'autre la nécessité de constituer dans la société future une force comparable, non pas en puissance ni en nombre, mais en importance intrinsèque, aux groupes industriels, technologiques ou de recherche.

Qui dit Europe dit Marché commun. Ici aussi il s'agit de faire le point, d'assurer l'information et de dire ce que nous en pensons.
Le Traité de Rome a prévu que naîtrait un jour une Europe plus ou moins unie, possédant une puissance économique et sociale étonnante, comparable à celle des U.S.A. ou de l'U.R.S.S. En tant que médecins, en tant que membres d'une profession libérale, nous sommes concernés par ce Traité de Rome.

L'année prochaine ou l'année d'après, le plus tôt possible, le Traité de Rome imposera de **lever les restrictions à la libre circulation des professions libérales** en Europe. Pour lever ces restrictions, le Traité de Rome a sorti un texte ésotérique, très difficile à interpréter. Au paragraphe 3 de l'article 57, il dit ceci : en ce qui concerne les professions médicales, paramédicales et pharmaceutiques, la libération progressive des restrictions sera subordonnée à la coordination de leurs conditions d'exercice dans les différents Etats membres.

En fait ce problème paraît ne pas pouvoir être résolu. Car, pour libérer les médecins dans l'Europe, pour permettre leur libre circulation, on ne peut le faire que lorsque les conditions d'exercice seront coordonnées dans l'ensemble de l'Europe ; on se demande dès lors comment on pourra y parvenir. Les conditions d'exercice de la médecine sont loin d'être les mêmes en Hollande, en Belgique, en Allemagne, en France ou en Italie. Les conditions d'exercice ont été subdivisées en deux volets :

1° **L'équivalence des qualifications.** Avant qu'un médecin européen ne circule partout, il faut tout de même avoir la certitude que le généraliste hollandais vaut le généraliste italien, que le gynécologue allemand vaut le gynécologue français, en bref qu'ils ont la même qualification scientifique. Les vieilles orga-

nisations professionnelles médicales se sont lancées sur ce problème : comment déterminer les normes d'équivalence des qualifications professionnelles ?

Réflexion faite, il nous est apparu qu'en vérité cela n'avait qu'une importance très relative. Si l'on admet que certaines disciplines médicales existent en France et non en Allemagne, que les durées de stage ne sont pas les mêmes partout, il nous semble en gros qu'un spécialiste de quelque discipline et de quelque pays qu'il soit en Europe vaut pratiquement le même spécialiste originaire du pays voisin ; il en est de même des généralistes. En tout cas, s'il y a des différences, elles ne sont pas énormes. Dès lors ce problème-là peut s'arranger.

2° **L'équivalence des Sécurités Sociales.** Ici cela semble s'arranger moins bien. On est loin de compte en effet d'un véritable rapprochement. Les Sécurités Sociales dans un pays influencent les conditions d'exercice dans ce pays. S'il faut en arriver à les coordonner avant de lever les barrières, on n'en aura jamais fini. Il n'y a qu'une approche possible : puisqu'il paraît impossible de coordonner les Sécurités Sociales dans la mesure où elles représentent une condition d'exercice de la médecine, les divers Gouvernements unis dans le Marché Commun devraient adhérer à une déclaration commune. On y dirait ceci, en gros : la pratique de la médecine doit rester une profession individualiste, le secret médical doit être conservé, la liberté thérapeutique doit être respectée, etc...... On énumérerait les articles de la Charte médicale et on demanderait à chaque Gouvernement de se rallier à cette déclaration. Cela pourrait éventuellement suffire comme coordination de l'exercice, cela permettrait d'ouvrir assez rapidement les barrières, et alors vogue la galère, et sauve qui peut !

Du point de vue belge, où en sommes-nous dans ce Marché Commun ? Quoi qu'on en ait dit, au fond nous n'y sommes nulle part. Les tenants des deux principales fédérations médicales belges crient beaucoup, les uns et les autres, mais sans beaucoup d'écho ni beaucoup de pouvoirs. Ni les uns ni les autres n'ont quoi que ce soit à voir au niveau du Marché Commun. La seule Division qui s'y occupe de nous est celle des professions libérales et intellectuelles. Dans la structure de cette Division figurent pas mal de gens, des experts gouvernementaux, mais il n'existe nulle part une place assignée aux groupements médicaux.

S'il existe des groupes médicaux qui parlent Marché Commun, c'est uniquement une sorte de génération spontanée qui s'est

faite parmi les médecins, le Comité permanent des médecins européens. Intégrationnistes et parallélistes viennent clamer leur credo au niveau de cette Division du Marché Commun ; on les y écoute très gentiment, et tout en reste là. Car nous n'y sommes pas officiellement reconnus. Ceux qui peuvent intervenir, ce sont les techniciens du Marché Commun, conseillés par les experts gouvernementaux en la matière. Ce sont les Gouvernements qui nomment ceux-ci, et dans le domaine précis de la Sécurité Sociale entr'autres, il est évident qu'il y a très peu de chances que ces experts soient partisans d'une médecine libre ou d'équipes médicales telles que nous les concevons.

Il n'est d'ailleurs pas sûr que cette Division du Marché Commun soit tellement importante. Car, si l'on regarde plus loin, on aperçoit dans la structure du Marché Commun une deuxième Division qui s'occupe, elle, de l'harmonisation des Sécurités Sociales. Dans cette dernière Division, les médecins ne sont même pas écoutés, pas même à titre bénévole ; on ne leur demande pas leur avis. On y traite de questions telles que l'indemnisation journalière en cas d'incapacité de travail...... Or j'ai pu lire ce que pensent du problème de l'harmonisation des Sécurités Sociales les groupements syndicaux, patronaux et ouvriers. Grosso modo, leur pensée est la même : dans la future Sécurité Sociale européenne harmonisée, le médecin sera entièrement payé par le système de sécurité sociale européen ou de chaque pays, système qui s'appuie sur le tiers-payant. En d'autres mots, dans l'Europe harmonisée le médecin doit avoir **un employeur** qui sera la Sécurité Sociale Européenne ou la Sécurité Sociale de son propre pays. Il faut conclure de ce qui précède que cette seconde Division s'occupera de très près des relations entre les Sécurités Sociales et le Corps médical. Il y aura tout de même des décisions à prendre parce que la Sécurité Sociale fait partie des conditions d'exercice de la médecine.

Le danger de la médecine harmonisée dans l'Europe unie est donc le même que celui de la médecine en Belgique : le danger de nationalisation, d'intégration dans la pyramide à tranches paralèlles.

conclusions

Si l'exposé de ce soir n'aboutit pas chez vous, plus tard, sur quelque chose qui soit une action, c'est-à-dire sur une décision que prendront les médecins ou les futurs médecins que vous êtes, alors j'aurai raté mon but.

Je me permettrai de vous faire encore une lecture, celle d'un texte que j'ai eu la charge d'aller exposer au Congrès International de Droit médical, à Gand, en août dernier. C'est la position écrite de l'UMEL sur les problèmes exposés ce soir : syndicalisme médical, médecine de l'avenir, médecine européenne...... C'est aussi la position de la fédération médicale dite " HENRARD " sur les mêmes problèmes. Ce texte a été repris dans la réponse faite par cette fédération au Ministre HULPIAU lorsqu'a été exposée la question de la refonte des lois sur l'Art de Guérir.

La solution d'un problème difficile ou épineux dépend de la façon dont ce problème est approché. Mettre directement en parallèle la nécessité d'une médecine individualisée avec la réalisation d'objectifs impératifs sociaux, financiers ou politiques, conduit à l'impasse, sinon au conflit. Nous avons essayé de trouver une autre approche de cette question et d'en retirer quelques idées de base.

Nous ne sommes pas opposés à une transformation du problème qui dépasse de loin le fait d'être un " constructif " ou un " négativiste ". Nous croyons que, si la profession médicale doit changer dans l'avenir, ce changement doit se faire selon un certain système **avec un nombre déterminé de précautions et jamais en tant qu'expérience.**

La médecine doit rester une médecine humaine, individuelle et de qualité. C'est la première condition. Toute médecine, vue dans ce sens, est par définition une médecine libre.

Second point : par rapport à la médecine vue en tant qu'élément de la morale, les systèmes de sécurité sociale sont très jeunes. Nous, au contraire, nous sommes très vieux, avec des ancêtres derrière nous, qui nous ont transmis la tradition de cette morale qui nous a menés jusqu'à présent. Notre profession s'en réclame, tandis que les systèmes de sécurité sociale font partie de cette morale de l'ère scientifique. Ils sont nés avec l'industrialisation, ils sont une conséquence du scientisme dont nous bénéficions aujourd'hui. Nous croyons que les systèmes de sécurité sociale sont menés par des penseurs et par des technocrates sincères et généreux. Nous croyons aussi que dans leur esprit cet élan dans ce nouveau système de morale technocrate est très fort, jusqu'à affirmer que l'avenir de la santé dépend d'eux.

" Notre rôle d'assureurs est terminé ", disent-ils ; " dans l'avenir notre rôle est d'être au cœur du problème de la santé, avec nos connaissances sociologiques et technologiques ; nous serons le moteur de l'extension des soins de santé. "

A cela nous répondons : " NON ". Nous ne pensons pas qu'il soit bon que la profession médicale soit soumise à une expérience. Si la

médecine évolue vers l'intégration, il faut avant d'y arriver que l'expérience ait été bien faite, vérifiée comme étant correcte, bonne et bénéfique.

Et encore, cette évolution devrait se faire dans le sens d'un accolement parallèle et non sous forme de tranches superposées.

Nous avons aussi dit ceci : les problèmes propres aux Assurances-maladie, nous n'y sommes pas tellement opposés. Lorsque l'Etat, un gouvernement, la Sécurité Sociale nous dit avoir des difficultés, des problèmes de financement, nous croyons qu'à ce moment-là nous devons nous y intéresser ; il nous faut, dans la mesure de nos moyens, concourir à la réussite de l'assurance-maladie. Ne pas être cependant des sujets d'expérience dans une éprouvette, mais des partenaires. Nous y aiderons en rencontrant, comme en 1964, les demandes majeures formulées, c'est-à-dire le problème de l'équilibre financier et des rapports financiers entre les médecins et l'assurance-maladie. Ici se place la fameuse histoire des " engagements ", dont vous savez l'évolution actuelle.

Nous admettons une adaptation qui fera l'objet d'une discussion non passionnée entre les responsables d'une part et ceux de l'autre part, entre des partenaires corrects, de bonne volonté et sur un pied d'égalité.

Le but à atteindre, c'est le bien de l'individu ; le malade doit occuper le sommet de la pyramide. Dans la société future l'individu, en tant que tel, doit être sauvé.

une pensée pour terminer

Invité à dîner, il y a quelques mois, chez un de mes amis, généraliste, j'eus l'occasion de lire un petit texte accroché au mur, une pensée de SENEQUE touchant à la médecine : **" le médecin reçoit le prix de son travail, mais il ne reçoit pas le prix de son cœur ".**

SENEQUE ne connaissait ni l'industrialisation, ni la technologie, ni les phénomènes de gestion, ni les problèmes de concentration de cerveaux, ni surtout les problèmes de sécurité sociale.

On peut admettre que le médecin reçoit le prix de son travail, quel que soit d'ailleurs ce prix ; on peut admettre qu'il ne reçoit pas le prix de son cœur ; mais je ne crois pas qu'il faille s'attendre à ce que le médecin reçoive le prix de son cœur.

Je pense que **le prix du cœur du médecin c'est simplement la maîtrise de son art : être le maître de son art, le rester et pouvoir défendre cette maîtrise.**

André JOUS.

nouvelles de saint - luc

notre carême de partage

onze vastenaktie

DONS REÇUS . . . ONTVANGEN GIFTEN

Sint-Lucas Brugge :

Dokter H. LAMIROY : 1.000 Frs.

Saint-Luc Bruxelles :

Docteur H. BERKOWITCH : 1.500 Frs ; Docteur J. BOUCQUEY : 500 Frs ; Docteur H. CALLEWAERT : 500 Frs ; Docteur M. - Th CALLEWAERT : 1.000 Frs ; Docteur P. DEBUYL : 2.000 Frs ; Docteur L. CASSIERS : 3.000 Frs ; Docteur A. DELOOZ : 2.000 Frs ; Docteur F. DENAYER : 1.000 Frs ; Docteur R. FAGNART : 200 Frs ; Docteur J.-R. FAGNART : 250 Frs ; Docteur P. GLORIEUX : 500 Frs ; Docteur E. GLORIEUX : 1.000 Frs ; Docteur M. KIVITS : 1.000 Frs ; Madame M.-Mad. LEDERER : 2.500 Frs ; Docteur M. LOSDIJCK : 500 Frs Docteur R. MASURE : 500 Frs ; Docteur J. MERCKEN : 1.000 Frs Docteur L. MORELLE : 3.000 Frs ; Docteur Guy POILVACHE : 500 Frs ; Docteur A. REYCHLER : 500 Frs ; Docteur J. SACRE : 500 Frs ; Madame M. SERVAIS-DECLERCQ : 200 Frs ; Docteur Alexandre SIBILLE : 5.000 Frs ; Docteur H. SOLE : 1.000 Frs ; Docteur M THULLIEZ : 1.000 Frs ; Docteur A. THULLIEZ : 500 Frs ; Docteur P VAN GEHUCHTEN : 1.000 Frs ; Docteur R. VAN GRUNDERBEECK 1.000 Frs ; Docteur Gaston VERHEYDEN : 3.000 Frs ; Docteur R VERLY : 500 Frs ; Docteur WALRAVENS : 500 Frs ; Docteur M WIBO : 1.000 Frs ; Docteur A. WOUTERS : 1.000 Frs.

Total Bruxelles : 39.150 Frs

Sint-Lucas Gent :

Dokter Raoul DE VRIESE : 1.000 Frs.

Saint-Luc Mons :

Docteur J.-M. MILLET (Jemappes) : 5.000 Frs.

Saint-Luc Namur :

Docteur E. LADURON (Namur) : 30.100 Frs ; Docteur A. ARTOISENET (Franc-Waret) : 3.000 Frs ; Docteur Louis BOUTY (Temploux) : 1.000 Frs ; Madame J. DASSY (Namur) : 1.000 Frs ; Docteur Ch. DEBIN (Auvelais) : 2.000 Frs ; Docteur J. DELAHAUT (Namur) : 300 Frs ; Docteur P. JAMART (Vezin) : 100 Frs ; Docteur Emile LEBAS (Samson-Namèche) : 1.000 Frs ; Docteur Jean PIRSON (Andenne) : 1.000 Frs ; Docteur Paul WOITRIN (Namur) : 500 Frs.

Total Namur : 40.000 Frs.

Sint-Lucas St-Niklaas (Waas) :

Dokter A. BUYS : 5.000 Frs ; Dokter P. DE SCHEPPER : 500 Frs ; Dokter J. DEVRIE : 3.000 Frs ; Dokter J. HUYGHE : 1.000 Frs ; Dokter W. SNICK (dentiste) : 1.000 Frs ; Dokter H. VAN POUCKE : 2.000 Frs.

Totaal St-Niklaas - Waas : 12.500 Frs.

Saint-Luc Verviers :

Docteur R. ROBINSON (Stoumont) : 1.000 Frs.

— A tous notre cordial merci.

— Aan allen onze beste dank.

AMAC - MEDICUS MUNDI.

A MEDITER.

En Europe, on travaille à des machines électroniques qui enregistrent des potentiels de l'ordre du microvolt. Les hommes, en Occident, se mettent à l'écoute de courants infimes, de l'ordre du dixième de millième de volt. C'est devenu une routine. Ceci est vraiment remarquable.

Mais je ne peux m'empêcher de regretter que nous ne puissions AUSSI nous mettre à l'écoute d'une rumeur sourde, immense et lancinante, de cette rumeur des peuples sous-développés, abandonnés dans leur misère et leur propre chaos, de cette rumeur qui, EN FAIT, nous appelle à l'aide et qui remplit l'univers.

Docteur Etienne DELPERDANGE.
(in Récit et notes : LA RENCONTRE).